**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:...........................................................................................................

Adres\*.........................................................................................................................................................

tel.\*.............................................................................................................................................................

REGON\*.....................................................................................................................................................

NIP\*............................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza poza godzinami normalnej ordynacji jako dyżur medyczny w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Neuropsychiatrycznego SPZOZ w Lublinie w Lublinie** oferujemy:

1. **Kryterium Cena**

w cenie brutto za 1 godzinę:

…………………………..………….. zł

w tym zw. stawka podatku VAT

(słownie cena jednostkowa brutto: ……………………………….………..)

Razem wartość brutto (*cena brutto za 1 godzinę \* 1 152 godzin)* ..................... ………….. zł

w tym zw. stawka podatku VAT

(słownie razem wartość brutto: ………………..……………………….)

Osoba realizująca usługę …………………………………………………………………………………

 *(imię i nazwisko)*

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy powyżej 5 lat pracy**
* **Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy poniżej 5 lat pracy**
1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

**Oświadczam, że:**

zaznaczyć właściwe:

* **nie będę** korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne
* **będę korzystał** z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne
1. **Kryterium dostępność świadczeń**

zaznaczyć właściwe:

* **deklaruję realizację usługi od poniedziałku do środy w godzinach od 16.25 do 08.00
w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę oddziału, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie**
* **deklaruję realizację usługi od poniedziałku do środy w godzinach od 16.25 do 08.00
w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę oddziału, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie- oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie**
1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* **deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3 lat**
* **deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia przez okres do 3 lat**
1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

………………………………….. tel. kontaktowy …………mail:.....................................

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

1. Oświadczamy, że:
2. posiadam/y ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności.:

Nr polisy………………………….. w …………………………………………… z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą .............................................................. zł w odniesieniu
do jednego zdarzenia oraz …………………. zł dla wszystkich zdarzeń i zobowiązujemy się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy;

1. W przypadku konieczności wyboru więcej niż jednej oferty w poszczególnych zadaniach, ze względu na konieczność zabezpieczenia ciągłości świadczonych usług zdrowotnych zobowiązujemy
są do sporządzania wspólnie z Przyjmującym zamówienie i pozostałymi wykonawcami harmonogramu świadczenia usług w poszczególnych miesiącach, harmonogram musi być pozytywnie zaakceptowany przez Kierownika Oddziału Psychosomatycznego;
2. akceptuję/my w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em
się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
3. posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych;
4. minimalna liczba osób udzielających świadczenia ....................................
5. ofertę niniejszą składam na ….....................kolejno ponumerowanych stronach;
6. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

..........................................................................................................................................................

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)